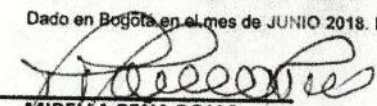
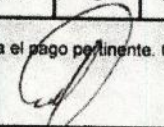


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			FLOR MARINA ROJAS AGUILERA								
TIPO DE DOCUMENTO:			C C	X	C E	NO.		20571059 /			
CORREO ELECTRONICO:			NO TIENE			CELULAR:		3118497363			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FONTIBÓN					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ATENCIÓN AL USUARIO			SEDE		Fontibón			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		O02	100	G							
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			6301095656			PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			3082 /			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 /		
NUMERO DE CDP		958 /	FECHA	07/06/2018	NUMERO DE CRP	28136 /	FECHA	31/05/2018 /			
OBJETO DEL CONTRATO:			Realizar verificación de derechos de los usuarios que requieren servicios por consulta externa, verificación que debe ser realizada en todas las bases de datos								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
				1	6	2018		30	6	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$1.250.000								
TIPO DE SERVICIOS			Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			N/A		
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO						VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$6.250.000 /					
VALOR EJECUTADO						\$6.250.000 /					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.250.000 /					
VALOR A LIBERAR						\$0					
SALDO POR EJECUTAR						\$0					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%					
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.											
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
8480149570 /	\$ 781,242	\$ 97,700	\$125,000	3	\$19,100	\$242.800					
Dado en Bogotá en el mes de JUNIO 2018. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 MIRELLA PEÑA ROJAS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 FLOR MARINA ROJAS AGUILERA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

VB: Claudia Beaudin
VB: Paula Lopez

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:		ATENCIÓN AL USUARIO		Sede: UMHES URGENCIAS					
No. DE CONTRATO:		3082		Periodo certificado desde el		Día Mes Año		Día Mes Año	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		FLOR MARINA ROJAS AGUILERA		C. C.		20 571 059		DE GACHALA	
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como INFORMADORA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI NO Servicios: SI X NO									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS			
Recibir y dar la bienvenida al Usuario, presentándole los servicios del Hospital		SI		* Saludar al usuario informando el nombre y cargo, portando el uniforme diario de acuerdo a las indicaciones.		Dianamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los 21 días hábiles del mes			
Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud, diligenciando, elaborando y remitiendo los informes correspondientes a los softwares definidos para tal fin (SIDMA - Causas de inatención e inasistencias, Referencia Externa e Interna, Autorizaciones, Desplazados, Capitados, Direccionamiento) dentro del segundo día hábil de cada mes.		SI		* Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud. * Realizar registro de barreras de acceso en el aplicativo SIDMA Elaborar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias		Durante el mes se realizaron 50 registros de barreras en el aplicativo SIDMA y se realizó la entrega mensual del informe Causas de inatención e inasistencias el día 3 de Junio			
Informar y educar a los usuarios respecto a Deberes y Derechos, portafolio de servicios, mecanismos de participación, diligenciando el formato para evidenciar tal fin		SI		* realizar y cumplir con el protocolo de charlas en salas de espera y diligenciar el formato de evidencia, entregándolo semanalmente.		Durante el mes se realizó charlas en sala informando a 450 usuarios.			
Gestionar y/o facilitar los trámites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervención en filas, en salas de espera, monitoreo del usuario entre otras.		SI		* Diariamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar filtro en fila * Registro de lista de espera en aplicativo SURESOC		Se reporta diariamente a los usuarios y a la líder la disponibilidad de agenda y se realiza registro de 50 usuarios en lista de espera			
Aplicar encuestas de satisfacción y realizar la entrega oportuna de las mismas, es decir el segundo día hábil de cada mes y diligenciar las encuestas según la meta planteada		SI		* Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados		Durante el mes se realizaron 54 encuestas de satisfacción			
Orientar al paciente y a su familia en la utilización de los servicios, recursos dentro y fuera del hospital y brindar al usuario la información acerca del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejercer acciones de mercadeo para captar Usuarios		SI		* Realizar y registrar en el aplicativo SIDMA orientaciones al paciente y a su familia en la utilización de los servicios, recursos dentro y fuera del hospital y brindar al usuario la información acerca del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud		Durante el mes se realizaron 50 registros de Orientaciones en el aplicativo SIDMA			
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato		SI		Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato		Realizo todas las actividades asignadas por el supervisor			
OBSERVACIONES:									
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.250.000 UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS									
 20 571 059 CONTRATISTA				Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor: Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor					

VB: Claudia Benavides
Vob: Daniel Lopez

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

NO	Type Id	NAS Id	Nombre	Type Colla
----	---------	--------	--------	------------

STATOS GENERALES DEL APORTANTE

ESGO